QUELQUES MOTS
SUR
LA PHLÉBITE
TRAUMATIQUE AIGUË.

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier, le Août 1835;

Par

André-Marie **CORNIL**,
de la Prugne (*Allier*);
Ex-Chirurgien interne de l'Hôpital civil et militaire de Clermont-Ferrand;

POUR OBTENIR LE TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

> On peut exiger beaucoup de celui qui devient auteur pour acquérir de la gloire, ou pour un motif d'intérêt; mais celui qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir dont il ne peut se dispenser, à une obligation qui lui est imposée, a, sans doute, un grand droit à l'indulgence de ses lecteurs.
> LABRUYÈRE.

MONTPELLIER.
IMPRIMERIE DE JEAN MARTEL LE JEUNE,
rue Trésorier-de-la-Bourse, n.° 1.
1835.

A MON PÈRE,

A MA MÈRE.

Amour et reconnaissance pour les nombreux sacrifices qu'ils ont faits pour moi.

A MA SOEUR

ET

A MON BEAU-FRÈRE,

Notaire, à Saint-Polgues.

Amitié inaltérable.

A.-M. CORNIL.

QUELQUES MOTS

SUR LA

PHLÉBITE TRAUMATIQUE

AIGUË.

Bien que la phlébite fût connue des Anciens, puisque Arétée de Cappadoce rapporte un exemple de l'inflammation de la veine cave inférieure (1), cette maladie n'a réellement été étudiée que dans ces derniers temps. John Hunter, après avoir remarqué que des chevaux périssaient à la suite de la saignée, fit la dissection de la veine ouverte sur ces animaux, après leur mort, et s'aperçut que la membrane interne du vaisseau était dans un véritable état de phlogose, et que, dans plusieurs circonstances, l'inflammation s'étendait jusqu'au cœur. Cette observation l'amena à conclure que les divers accidens qui survenaient chez l'homme à la suite de la phlébotomie, étaient le plus souvent le résultat de

(1) *De causis et sign. morb.*; l. 2, c. 8.

l'inflammation de la membrane interne des veines, et non celui de la piqûre des nerfs, des tendons, ainsi que l'avaient prétendu plusieurs auteurs (1).

Les travaux de Breschet, Travers, Josse, Blandin, Cruveilher et autres, sont venus jeter de nouvelles lumières sur ce point de pathologie: heureux, si, dans ce court Exposé, nous pouvons résumer les idées principales de ces savans maîtres !

D'après ces auteurs, nous définirons la phlébite: l'inflammation de la membrane interne des vaisseaux à sang noir.

SIÉGE.

Cette maladie se manifeste partout où il y a des veines, dans toutes les parties de l'économie ; elle peut attaquer les veines situées profondément, dans les trois cavités splanchniques; le plus souvent néanmoins, ce sont les veines les plus superficielles qui en sont le siége, par cette raison naturelle que, n'étant point garanties par des parois osseuses ou de nombreux plans musculaires, elles sont plus exposées à l'action des corps extérieurs, et aux diverses lésions qui peuvent en résulter. Nous nous occuperons particulièrement de l'inflammation de ces dernières.

(1) Dionis; *Cours d'opér. chir.*, pag. 68.

ÉTIOLOGIE.

Un grand nombre de causes peuvent déterminer la phlébite ; nous les diviserons en internes ou générales et en externes ou locales.

Causes internes ou générales. — Nous n'insisterons pas long-temps sur celles-ci, car elles sont à peu près inconnues; pourtant nous pensons, avec Fouquier, Franck, Ribes, que l'augmentation de l'action du cœur, la jeunesse, un tempérament sanguin, diverses maladies, telles que les fièvres inflammatoire, bilieuse, etc., peuvent donner lieu à la phlébite. Nous citerons encore M. Breschet (1), qui rapporte que, à la suite d'une gale répercutée, un jeune enfant étant mort, l'ouverture du cadavre fit reconnaître une vive rougeur sur la membrane interne de la veine cave inférieure qui renfermait du pus, ce qui peut donner à penser que la phlébite peut être la suite d'une métastase. On a plusieurs exemples de cette maladie survenue à la suite de la suppression de diverses évacuations habituelles, etc., etc.

Causes externes ou locales. — Ces causes sont beaucoup plus nombreuses et bien plus positives que les précédentes : elles embrassent toutes

(1) *Journ. compl. du Dict. de méd.* ; tom. II.

les lésions traumatiques des veines, les divers cas d'introduction dans ces vaisseaux de matières irritantes, vénéneuses, etc., etc.

Saignée. — La saignée doit sans doute tenir ici le premier rang; c'est, en effet, à la suite de cette opération que la phlébite se manifeste le plus souvent (1), soit que l'instrument dont on se sert soit oxidé, malpropre, imprégné d'un virus, ou que n'ayant pas été aiguisé depuis long-temps, il déchire plutôt qu'il ne coupe la veine, soit qu'une nouvelle effusion sanguine étant jugée nécessaire, on cherche à ouvrir la cicatrice à peine formée. Cette dernière circonstance est une des plus favorables pour faire naître l'inflammation. Le médecin ne doit pourtant pas toujours être accusé d'imprudence ou d'incurie; car souvent il arrive que cette maladie se déclare après la saignée faite avec la lancette la plus propre, la plus tranchante et les précautions les plus minutieuses: ainsi, nous avons vu la phlébite survenir après l'exercice plus ou moins prolongé du membre sur lequel on avait pratiqué cette opération. Nous en citerons un exemple, après que nous aurons effleuré le sujet délicat qui nous occupe.

Amputations. — John Hunter, le premier, a fixé l'attention des médecins sur la phlegmasie

(1) Travers; *Mém. sur les bless. des vein.*, pag. 227.

des veines à la suite des amputations. Nous laisserons parler M. Breschet. « Hunter, dit-il (1), » a vu plusieurs fois des veines s'enflammer après » l'amputation d'un membre. C'est cette inflam- » mation qu'il accuse de produire la douleur, le » gonflement et la propagation de la phlegmasie » au loin ; c'est à la ligature des veines et des ar- » tères, qu'il attribue les accidens dans la plupart » des cas. En effet, on peut admettre que l'in- » flammation dont le moignon est le siége, » s'étend des veines qui s'y rendent et se propage » ensuite le long de ces canaux ; je puis assurer » que j'ai trouvé des traces de phlogose dans les » veines, sur un grand nombre de sujets morts » après l'amputation de la jambe ou de la cuisse. »

Varices. — La phlébite a été souvent produite par la ligature et l'excision des varices. Breschet en cite plusieurs exemples ; mais c'est à tort que cet auteur, il y a quelques mois, a accusé Delpech d'avoir constamment eu recours à la ligature dans le traitement du varicocèle : le professeur de Montpellier avait renoncé à ce moyen long-temps avant sa mort.

Ce que nous venons de dire sur le traitement des varices, s'applique aussi à la ligature du cordon ombilical. Chez beaucoup d'enfans qui ont succombé, peu de temps après leur naissance,

(1) *Ouv. déjà cit.*

on a trouvé des traces évidentes d'inflammation, telles que de la rougeur, des fausses membranes, etc., etc., dans le trajet de la veine ombilicale; d'autres ont présenté, avant leur mort, des traces d'ictère qui étaient évidemment produites par la même cause.

L'introduction dans les veines de substances irritantes, vénéneuses; enfin, tout corps étranger qui n'est pas éliminé, peut donner lieu à la phlébite. Duncan et Serin rapportent que la piqûre avec une épingle qui avait servi pour le pansement d'un vésicatoire, ou avec une lancette qui avait ouvert un anthrax, avait déterminé cette maladie. M. Cruveilher cite plusieurs expériences qu'il a faites sur des chiens dans les veines desquels il a introduit, soit de l'encre, soit une tige de bois; ces animaux sont presque tous morts victimes de la phlébite.

Sasse, Travers (1) et plusieurs autres médecins rapportent de nombreux exemples d'inflammation des veines crurales et utérines, survenue à la suite de la parturition ou de l'avortement.

Nous ne nous étendrons pas sur les autres causes qui peuvent faire naître la phlébite, telles que les plaies par armes à feu, les fractures comminutives, les diverses opérations chirurgi-

(1) *Trans. méd. et chir.*, tom. III.

cales, etc., etc. , et nous passerons de suite aux symptômes et à la marche de cette maladie.

SYMPTOMES.

Les symptômes diffèrent suivant que la phlébite a son siége sur des veines profondes ou sur des veines superficielles ; nous nous occuperons seulement de ceux qui se rapportent à ces dernières, et lorsqu'ils ont pour cause une lésion traumatique.

Le malade éprouve d'abord sur le siége de la blessure, un picotement, une légère douleur qui augmente peu à peu ; les bords de la plaie se tuméfient ; le caillot formé par la coagulation du sang ne pouvant s'unir aux parties contiguës est éliminé, et l'ouverture reste béante. L'inflammation gagne le tissu cellulaire environnant ; le membre devient œdémateux, douloureux à la moindre pression ; la peau qui le recouvre, prend une teinte rouge, violacée, et laisse distinguer aisément les ramifications de la veine, siége de la phlogose ; ce vaisseau, ainsi que ses branches, présentent la forme d'une corde dure, tendue et noueuse ; la plaie laisse suinter une sérosité roussâtre. Si l'inflammation se concentre, si elle n'embrasse qu'une petite étendue, ces accidens qui constituent la première période, n'offrent

rien de bien alarmant et peuvent se dissiper en quelques jours.

Mais, si on abandonne la maladie à elle-même, si on ne la traite pas d'une manière convenable, enfin si certaines conditions miasmatiques ou individuelles président à son développement, la plaie ne tarde pas à laisser suinter, au lieu de sérosité, du véritable pus; le liquide qui remplit la veine est en stagnation; et si, à l'aide de légères frictions, on cherche à le pousser vers le centre, il revient aussitôt occuper sa première place; si, au contraire, on presse en sens inverse, c'est-à-dire, de haut en bas, on voit sortir un pus plus ou moins abondant, plus ou moins séreux par l'ouverture de la plaie. C'est alors que s'opère le mélange de ce liquide avec le sang, et que surviennent des accidens excessivement graves.

Le malade est inquiet, agité; les yeux sont humides, brillans; les conjonctives injectées; la langue rouge; il éprouve des nausées, des vomissemens accompagnés de frissons plus ou moins fréquens; le pouls est vif, dur, tendu; le délire se manifeste; mais il est ordinairement de peu de durée, et survient presque toujours pendant la nuit, ainsi que nous avons eu occasion de le remarquer dans plusieurs circonstances semblables.

Ces symptômes sont bientôt suivis de phéno-

mènes tout-à-fait contraires : le pouls devient faible, petit, aisément dépressible ; les yeux perdent leur éclat ; les lèvres deviennent blafardes ; l'haleine est fétide ; la langue sèche ; les dents noires et fuligineuses ; la respiration pénible, haletante ; l'abdomen est tendu, balloné, plus ou moins sensible ; l'hypocondre droit douloureux ; la peau se colore en jaune ; les forces tombent dans une prostration complète : toute l'économie, toutes les fonctions participent à cet état d'adynamie ; la mort suit de près cette deuxième période.

TERMINAISON.

Ces symptômes sont loin d'être constans et ne revêtent pas toujours ce même degré d'intensité. La phlébite se termine quelquefois par résolution durant la première période ; mais ce cas est rare. Le plus souvent la suppuration se déclare ; et alors, ou l'inflammation se borne à une étendue plus ou moins grande, un travail d'adhésion se forme, et intercepte toute communication entre la partie phlogosée et la partie saine ; ou le liquide purulent se mêle au sang veineux, et va ainsi exercer sa funeste influence sur toutes les parties de l'économie.

La phlébite peut encore se terminer par ulcération ou par gangrène.

Anatomie pathologique. — Les altérations organiques trouvées après la mort diffèrent, suivant que le malade a succombé durant le premier ou le second degré de cette maladie. Dans le premier cas, la veine est tendue, ses diverses tuniques sont injectées; la membrane interne est parsemée de points rouges, elle est molle et peu adhérente à la moyenne. Le vaisseau est rempli de caillots qui offrent d'abord beaucoup de consistance, se ramollisent ensuite, et perdent leur couleur rouge, à mesure qu'ils approchent de la suppuration qui commence toujours à leur centre. M. Cruveilher, dans cette circonstance, pense que le pus sécrété par la membrane interne du vaisseau, filtre à travers le corps du caillot et vient se déposer au milieu; phénomène qu'il attribue à la capillarité.

Dans le second cas, c'est-à-dire, lorsque la suppuration a commencé, on trouve une plus ou moins grande quantité de pus dans le trajet de la veine; la membrane interne perd cette teinte rouge qu'elle présentait dans la première période, et devient blanchâtre. Dans un degré plus avancé, la veine est ordinairement oblitérée; le tissu cellulaire environnant présente plusieurs foyers de suppuration, au milieu desquels baigne le cordon veineux. Il est quelquefois impossible de trouver des traces du vaisseau qui a été détruit en tout ou en partie par l'action prolon-

gée de l'inflammation. Ces altérations locales sont souvent accompagnées de phénomènes généraux, tels que d'abcès au foie, aux poumons, etc., etc., d'inflammation du canal digestif et de plusieurs autres organes. Enfin, on peut trouver du pus dans les diverses articulations.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de la phlébite est facile à porter, lorsqu'elle attaque les vaisseaux superficiels ; il est basé sur les symptômes que nous avons énoncés plus haut. Néanmoins, on l'a quelquefois confondue avec l'inflammation des vaisseaux lymphatiques ; mais, dans ce dernier cas, le cordon douloureux que l'on sent à la pression, n'a pas le même développement ; les nœuds sont en plus grand nombre, et présentent un volume bien plus petit. On ne peut non plus prendre cette maladie pour un érysipèle ; car, on ne voit pas cette teinte rouge qu'on observe, en pareille circonstance ; d'ailleurs, dans la phlébite, il n'y a pas desquamation ; enfin, il est facile de la distinguer de la piqûre d'un nerf. Dans ce dernier cas, la douleur suit immédiatement la lésion, et se propage aux différens rameaux du cordon nerveux.

Mais, lorsque la phlébite a son siége profondément, elle est bien plus difficile à reconnaî-

tre ; on peut aisément la confondre avec un abcès phlegmoneux ou l'inflammation des organes contenus dans les diverses cavités. Toutefois, cette erreur n'entraîne pas de grands inconvéniens ; car, alors, les moyens curatifs sont à peu près les mêmes.

TRAITEMENT.

C'est au traitement prophylactique que doit avoir recours le médecin, toutes les fois qu'il aura à craindre la phlébite ; il est bien plus aisé, en effet, de prévenir que de guérir cette maladie. Il devra, après les grandes opérations chirurgicales, fixer une attention particulière sur les moindres indices d'inflammation, et les combattre d'une manière énergique ; il aura soin de choisir parmi les procédés opératoires celui qui donne une plaie moins étendue, et qui favorise le plus la réunion immédiate; il se servira toujours d'instrumens propres, bien tranchans; il évitera de rouvrir une veine déjà piquée, lorsqu'il jugera nécessaire une seconde effusion sanguine, et s'adressera de préférence à un autre vaisseau ; il réunira immédiatement la plaie, en ayant soin de ne laisser aucun corps étranger entre ses bords, et d'exercer une compression méthodique et légère; il devra enfin recommander le repos au malade, après l'opération.

Si l'on soupçonnait que l'instrument qui a fait la plaie fût imprégné d'un virus ou d'une substance vénéneuse, il faudrait favoriser l'écoulement sanguin par la pression, laver la blessure, appliquer des ventouses, et cautériser, soit avec le nitrate d'argent, soit avec le muriate d'antimoine, ou le fer rouge, si l'on n'avait pas ces agens chimiques sous la main.

Si ces moyens sont insuffisans, si le membre s'engorge, on aura recours aux applications froides, résolutives, telles que la glace, l'acétate de plomb dissous dans l'eau ; on appliquera des sangsues sur le trajet de la veine enflammée ; on prescrira des bains locaux émolliens, en un mot tous les antiphlogistiques (Si la phlébite a son siége profondément, on emploiera de préférence la saignée générale). Les frictions mercurielles sont encore indiquées par les nombreux succès obtenus par Velpeau, dans les péritonites, suite de la parturition, et par les avantages qu'en a retirés M. Serres, d'Alais, dans plusieurs affections inflammatoires. Le professeur de Montpellier, du même nom, en a récemment obtenu d'heureux résultats, dans un cas de phlébite, ainsi que nous l'indiquerons dans l'observation qui suivra ce court Exposé. On a aussi conseillé la compression entre le cœur et la partie malade. Travers rejette ce moyen comme propre à favoriser la phlogose de la veine sur laquelle on l'o-

père ; mais il est aisé de réfuter cette objection. En effet, la principale indication curative, lorsque la suppuration s'est déclarée, doit être d'empêcher que le liquide purulent ne soit transporté dans le torrent de la circulation, et le meilleur moyen pour parer à cet accident, est sans doute de favoriser la réunion des parois du vaisseau, siége de l'inflammation. Aussi, dans plusieurs circonstances de ce genre, on n'a eu qu'à se louer d'un tel procédé. Enfin, d'autres praticiens ont conseillé la section de la veine.

Lorsque les symptômes généraux menacent de se déclarer, on doit mettre en usage les vésicatoires, les sudorifiques, ainsi que l'a fait M. Blandin ; on emploiera les purgatifs, les vomitifs, suivant l'état de l'individu ; enfin, on cherchera à attirer une fluxion considérable sur le tube digestif; « car, dit M. Cruveilher (1), lors- » que, dans les expériences sur les animaux vi- » vans, l'injection de substances putrides dans » les veines a été suivie de selles fétides et abon- » dantes, les animaux ont en général recouvré » la santé : un fait fondamental en pathologie, » c'est que la plupart des maladies par infection » miasmatique portent leur action sur le canal » alimentaire. Je suis persuadé, ajoute cet au- » teur, que les maladies par infection purulente

(1) *Dict. de méd. et chir.-prat.*, art. *Phlébite.*

» ne seraient point marquées au cachet de l'incu-
» rabilité, que la nature secondée par l'art pour-
» rait en triompher dans un grand nombre de
» cas, si le pus qui se renouvelle incessamment,
» ne renouvelait lui-même incessamment l'infec-
» tion. » Cette dernière remarque de M. Cruveilher semble venir à l'appui de la compression entre le cœur et la partie malade, comme moyen thérapeutique.

OBSERVATION.

Le nommé Bert, tambour-major, âgé de 35 ans, d'une constitution athlétique, entra à l'hôpital Saint-Éloi, vers la fin d'avril, pour une blennorrhagie. Quelques jours après, il se trouva atteint d'amaurose, et passa du quartier des vénériens aux salles des blessés. Là, après l'application d'un séton au cou, une saignée lui fut pratiquée sur la médiane céphalique. Bien qu'on eût enjoint au malade de porter son bras en écharpe et de ne lui faire exécuter aucun mouvement jusqu'au lendemain, il s'amusa à faire des armes une grande partie de la journée. Deux jours après, le bras se tuméfie; il devient douloureux à la moindre pression : 130 sangsues furent appliquées en deux ou trois jours sur le tra-

jet du membre, sans obtenir des résultats bien satisfaisans.

4 *Mai.* — Le membre continue à s'engorger; le malade éprouve des frissons, des maux de cœur; la diarrhée survient: ce dernier symptôme cède au sirop diacode. Le délire se manifeste; mais il est de peu de durée et n'est accompagné d'aucun accident cérébral à redouter. Enfin, le 5 et le 6, on reconnaît cette corde dure, noueuse, caractère essentiel de la phlébite. Pensant que cette maladie pouvait tenir à une disposition particulière, le professeur Serres s'est abstenu d'ordonner la saignée générale; il n'a point eu recours non plus au tartre stibié à haute dose, parce que ce médicament lui a paru contre-indiqué par les vomissemens du malade. Il a préféré les frictions mercurielles, qui ont été faites, dans 48 heures, au nombre de 22 d'un gros chacune. Cette médication a eu les plus heureux résultats: sous son influence, le membre s'est presque entièrement dégorgé; la piqûre de la lancette laisse suinter un pus assez bien lié, mais fétide.

8 *Mai.* — Le malade éprouve quelques frissons; il est inquiet; il a envie de vomir; le pouls est intermittent; des douleurs articulaires se font sentir, douleurs que l'on rapporte à la présence du pus dans ces parties, et à l'étroite sympathie qui existe entre la membrane interne des veines et les membranes synoviales. M. Serres désirerait

qu'il se formât un abcès, dans l'espoir que l'inflammation qui l'accompagnerait serait une barrière aux progrès de la phlébite. Les jours suisuivans, le malade présente des caractères d'une gravité fâcheuse; les frissons se renouvellent; des sueurs assez fréquentes, des vomissemens surviennent; il y a du délire pendant la nuit. Le 12, on observe les conjonctives légèrement injectées en jaune; l'expression de la face annonce une grande anxiété; la peau est sèche, brûlante; des abcès paraissent se former dans les articulations tibio-tarsienne gauche et tibio-fémoro-rotulienne droite. Le premier est ouvert au bout de quelques jours sans inconvénient; on combat le second, qui est moins avancé, par les frictions mercurielles qui favorisent, d'une manière sensible, l'absorption de l'épanchement.

19. — Le dégorgement du bras est tout-à-fait opéré; la plaie faite par la lancette est réunie; il existe seulement à la partie postérieure du bras, une légère ecchymose produite par la pression du membre long-temps continuée. Quelques symptômes fébriles se manifestent les jours suivans, et cèdent au sulfate de quinine en pilules.

2 *Juin.* — Les articulations continuent à diminuer de volume; la teinte ictérique des conjonctives a disparu; le malade est en pleine convalescence. Cet état favorable se continue pendant une quinzaine de jours, durant lesquels on

donna au malade des viandes blanches, quelques cuillerées de vin de Bordeaux, pour ranimer ses forces que la maladie avait épuisées. Mais cette nourriture ne lui parut pas suffisante; il commit plusieurs excès en boissons et en alimens, et succomba, le 27 juin, à une gastro-entérite.

A l'autopsie on a trouvé la veine médiane qui avait été saignée, convertie en un cordon fibreux, ainsi que les deux tiers inférieurs de la veine céphalique; la basilique avait aussi subi la même altération; l'inflammation ne paraissait pas avoir attaqué la veine axillaire. Le cœur, les poumons, le foie ne présentaient aucune particularité; l'estomac et les intestins grêles seuls laissaient apercevoir des traces évidentes de phlogose; le reste du tube digestif était dans un état normal. Des deux articulations où des abcès s'étaient formés, la première, c'est-à-dire, la tibio-tarsienne gauche, présentait un vaste foyer purulent; les ligamens étaient entièrement détruits. La tibio-fémoro-rotulienne droite n'offrait que de légères traces d'inflammation; les ligamens étaient parfaitement sains, différence que l'on peut attribuer à l'efficacité des frictions mercurielles qui avaient été faites sur cette dernière.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

Professeurs.

MM. DUBRUEIL, DOYEN.	*Anatomie.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILLE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
CAIZERGUES, *Suppléant.*	*Clinique médicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale.*
DUGÈS.	*Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.*
DELMAS.	*Accouchemens, Maladies des femmes et des enfans.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES, *Examinateur.*	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE, *Examinateur.*	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD, *Examinateur.*	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ, PRÉSIDENT.	*Médecine légale.*

Agrégés en exercice.

MM. VIGUIER.
KÜHNHOLTZ.
BERTIN, *Suppléant.*
BROUSSONNET FILS, *Examinateur.*
DUPAU.
TOUCHY.
DELMAS FILS.
VAILHÉ, *Examinateur.*
FUSTER.

MM. BOURQUENOD.
FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.
